



## FICHE ENFANT

Nom - Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Fille

Garçon

Adresse :

Ecole fréquentée :

Niveau scolaire :

Médecin traitant ou pédiatre

Cabinet médical Ancenis (170 rue du Verger) ☎ 02 40 83 14 58

Nom du médecin : .....

Cabinet médical St Géréon (277 rue du Clos Martin) ☎ 02 85 95 70 20

Nom du médecin : .....

Autre : Nom du médecin : .....

Adresse : ..... ☎ : .....

Allergies :

Alimentaires (à préciser) .....

Autre allergie ou maladie chronique (à préciser) : .....

Trousse d'urgence

OUI

NON

Si oui, avec un Projet d'Accueil Individualisé (PAI), un rdv avec le directeur de l'ALSH devra être réalisé en amont du 1<sup>er</sup> jour d'accueil

Handicap reconnu par la MDPH

Si oui, lequel :

Habitudes Alimentaires

Repas sans porc

Repas sans viande

Autres :

Port de :

Lunettes

Lentilles

Prothèses auditives

Appareil dentaire

Problèmes de santé à signaler avec les précautions à prendre (accident, convulsions, hospitalisation, opération).

### Personnes autorisées à récupérer votre enfant ou à contacter en cas d'urgence

Personnes autres que les parents

Nom - Prénom :

Tél :

Lien de parenté avec l'enfant :

Autorisé à récupérer votre enfant

A contacter en cas d'urgence

Nom - Prénom :

Tél :

Lien de parenté avec l'enfant :

Autorisé à récupérer votre enfant

A contacter en cas d'urgence

Je soussigné(e) ....., représentant légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Je déclare avoir pris connaissance du règlement des activités périscolaires et m'engage à le respecter.

Date : .... / ..... / .....

Signature des responsables légaux :